



Notice d'information Prévoyance

Edition janvier 2015

Convention collective nationale des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires - Personnel cadre*
NI-standard cadre - CCN AMJ - prévoyance complémentaire

(à compléter par l'entreprise)

Option choisie par votre
entreprise

Option 1

Option 2

* On entend par personnel cadre, le personnel :

- de niveaux 1 et 2 de la filière administrative (A) et technique (T)
- de niveau C4 de la filière collaborateurs (C)

Tel que définis au titre VII de la Convention collective nationale du personnel des administrateurs et mandataires judiciaires.

123

Chiffres clés

LE GROUPE HUMANIS :

- > **près de 7 millions** de personnes protégées
- > **700 000** entreprises clientes, de la TPE aux grandes entreprises
- > **1^{er}** acteur en retraite complémentaire
- > **2^{ème}** rang des institutions de prévoyance
- > **1^{er}** acteur santé collective
- > **3^{ème}** rang des groupements mutualistes
- > **1^{er}** acteur paritaire en épargne salariale
- > **6 400 collaborateurs** répartis sur plus de 50 sites et 58 agences commerciales

Chiffres au 31.12.13

Sommaire

Vos garanties Prévoyance	3
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?	4
QUELS SONT LES ENFANTS CONSIDÉRÉS COMME À CHARGE ?	4
DÉFINITION DU CONJOINT	5
BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	5
VOS GARANTIES.....	5
INVALIDITÉ PERMANENTE (SI L'ENTREPRISE A RETENU L'OPTION 2).....	6
RÈGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ TEMPORAIRE – INVALIDITÉ PERMANENTE.....	7
REVALORISATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET DES RENTES D'INVALIDITÉ.....	7
MAINTIEN DES PRESTATIONS	7
CESSATION DES PRESTATIONS.....	7
SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES.....	7
MAINTIEN DES GARANTIES	7
EXCLUSIONS.....	8
COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?	9
DÉLAIS DE DÉCLARATION ET PRESCRIPTION.....	9
CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE	10
RÉCLAMATIONS – RÈGLEMENT DES LITIGES	10

Vos garanties Prévoyance

Seule l'option effectivement souscrite par votre entreprise tel que mentionné en 1ère page de la notice vous est applicable.

Ces versements viennent en complément des prestations en espèces servies par la Sécurité sociale.

Les garanties ne sont acquises que si le contrat d'adhésion de l'entreprise est en vigueur et les cotisations régulièrement acquittées et si le participant est normalement "affilié".

Votre régime est assuré par Humanis Prévoyance dénommé « Institution ».

L'Institution est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège est situé 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE REFERENCE	
	OPTION 1	OPTION 2
GARANTIES EN CAS DE DECES		
DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD) « TOUTES CAUSES »		
Versement d'un capital égal à :		
Célibataire, Veuf, Divorcé sans enfant à charge :	+ 50 %	+ 150 %
Marié, Lié par un PACS, Concubin sans enfant à charge :	+ 50 %	+ 100 %
Célibataire, Veuf, Divorcé avec un enfant à charge :	+ 50 %	+ 100 %
Marié, Lié par un PACS, Concubin avec un enfant à charge :	+ 50 %	+ 100 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire :	/	/
DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD) « PAR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE »		
Versement d'un capital supplémentaire égal à :		
Quelle que soit la situation de famille :	+ 50 % du capital Décès toutes causes	+ 50 % du capital Décès toutes causes
DOUBLE EFFET CONJOINT		
En cas de décès du conjoint ou concubin ou Pacsé, avant la liquidation de sa pension vieillesse par la Sécurité sociale postérieure ou simultanée au décès du participant :	Versement aux enfants à charge, par parts égales entre eux, d'un capital égal à 100 % du capital Décès toutes causes	Versement aux enfants à charge, par parts égales entre eux, d'un capital égal à 100 % du capital Décès toutes causes
GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
Franchise		
Participant ayant plus d'un an d'ancienneté dans l'Étude :		Dès la fin des droits de maintien de salaire totale par l'employeur et au plus tôt à compter du 31ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu
Indemnités journalières		90 % (1)
GARANTIES EN CAS D'INVALIDITE		
Rente d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie		90 % (1)
Rente d'invalidité 1ère catégorie		50 % (1)
Rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %		90 % (1)
Rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % et 66 %		N(2)/66 x 50 % (1)

(1) sous déduction :

- des prestations de la Sécurité sociale,
 - des prestations versées au titre du régime conventionnel des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires souscrit par votre employeur auprès d'Humanis Prévoyance,
 - de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de la Convention Collective,
- et dans la limite de la règle de cumul visée dans la présente notice.

(2) N : Taux d'incapacité

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?

CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE CONTRACTUELLE

Si vous n'avez pas signalé à l'Institution une désignation particulière de bénéficiaire ou lorsque cette désignation est caduque (prédéces de tous les bénéficiaires), le capital garanti est versé :

- à votre conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance) ;
- à défaut, à votre concubin tel que défini dans la présente notice ;
- à défaut, à vos héritiers en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

L'ouverture du droit des bénéficiaires est subordonnée à leur existence à la date d'exigibilité des prestations.

MODALITÉS DE DESIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) PAR LE PARTICIPANT

Si vous désirez que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, vous devez désigner expressément les bénéficiaires de votre choix auprès de l'Institution. Vous pouvez faire connaître votre choix en complétant le document de l'Institution intitulé « Désignation de bénéficiaire(s) » et en le retournant à l'Institution.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Institution.

Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'Institution, le ou les nouveaux bénéficiaires. Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'Institution a reçu notification du changement. Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'Institution est inopposable à celle-ci.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision des pourcentages de capital affecté à chacun des bénéficiaires, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés. En cas de décès de l'un des bénéficiaires, le capital est réparti par parts égales entre les bénéficiaires survivants.

CAS PARTICULIERS

En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie «Double effet Conjoint».

Lorsque le bénéficiaire n'est pas votre conjoint ou le partenaire avec lequel vous êtes lié par un PACS ou votre concubin, ou un enfant à charge ou lorsque votre conjoint ou votre partenaire lié par un PACS ou votre concubin ne possède pas l'autorité parentale, la majoration éventuelle pour enfants à charge doit obligatoirement profiter aux seuls enfants ouvrant droits à la majoration qui leur est alors attribuée par parts égales.

CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT SURVENANT SIMULTANÉMENT OU APRÈS CELUI DU PARTICIPANT (DOUBLE EFFET CONJOINT)

Le décès de votre conjoint, remarié ou non, survenant simultanément ou après le vôtre et pendant la durée du contrat d'adhésion, ouvre droit au

versement d'un second capital à la condition qu'au moins un enfant issu de votre mariage, (ou à défaut de votre couple lié par un PACS ou de votre concubinage), soit encore à la charge de votre conjoint (ou à défaut de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin) avant la date de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires au jour de son décès.

Sous réserve et sauf stipulation contraire de la part du participant :

- Ce second capital (hors majorations familiales) est versé, par parts égales, à tous les enfants issus de votre mariage (ou à défaut de votre couple lié par PACS ou de votre concubinage), à charge ou non de votre conjoint (ou à défaut votre partenaire lié par un PACS ou concubin) avant la date de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, au jour de son décès,
- Les majorations familiales calculées pour les autres personnes, à votre charge à la date de votre décès, sont versées selon le cas en totalité à l'enfant ou par parts égales aux enfants à charge lors du décès de votre conjoint (ou à défaut de votre partenaire lié par un PACS ou votre concubin),
- La majoration du capital correspondant à la situation « Marié » est partagée, par parts égales, entre vos enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, vivants ou représentés.

QUELS SONT LES ENFANTS CONSIDÉRÉS COMME À CHARGE ?

Sont réputés à charge au moment du décès, les enfants du participant, légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance), ou ceux de son concubin sous réserve d'une domiciliation commune de deux ans, à condition :

- que le participant ou son conjoint ou son partenaire PACS ou son concubin, en cas de divorce, de séparation de corps judiciairement constatée ou de rupture de PACS ou de fin de concubinage, en ait la garde ou participe à leur entretien par le service d'une pension alimentaire,
- et qu'ils soient âgés de moins de 18 ans ;
- ou qu'âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans, ils ne se livrent à aucune activité rémunératrice habituelle et durable ;
- ou qu'âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, ils poursuivent des études secondaires ou supérieures en France ou à l'étranger, et, qu'à ce titre :
 - ils soient affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants,
 - ils soient en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation,
 - ou, à défaut, ils n'exercent simultanément aucune activité rémunératrice habituelle et durable,
 - ils soient atteints d'une infirmité les privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunérée ;
- ou quel que soit l'âge lorsqu'ils sont frappés avant l'âge de 21 ans d'une infirmité les privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunératrice. Lorsqu'au moment du décès ils sont âgés de plus de 26 ans ils ouvrent droit à la seule majoration du capital pour enfant à charge supplémentaire, telle qu'elle est prévue au contrat.

Dans les conditions telles que précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18e, 21e ou 26e anniversaire ou jusqu'à la fin du

trimestre civil suivant la fin des études, de leur contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou suivant la fin de l'infirmité les privant d'exercer une activité rémunératrice.

En cas de décès d'un enfant à charge au sens du présent article, la prise en compte de cet enfant cesse le jour même de son décès. Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès du participant entrent en considération pour la détermination des prestations.

DÉFINITION DU CONJOINT

Est assimilé au conjoint non divorcé, non séparé de corps :

- le partenaire avec lequel le participant est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance,
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout lien de mariage ou de contrat de PACS, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile.

En cas de naissance d'au moins un enfant dans le couple concubin, ce délai de deux ans n'est pas exigé.

BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Les garanties en cas de décès, d'incapacité et d'invalidité sont calculées en pourcentage de la "rémunération de base".

DÉFINITION DE LA RÉMUNÉRATION DE BASE

Le salaire de référence servant de calcul des prestations, est déterminé :

- sur la base du montant des rémunérations brutes perçues au cours des 12 mois civils (ou la rémunération reconstituée) précédant la date du décès ou de l'arrêt de travail,
- auquel s'ajoute le cas échéant le montant des gratifications, primes, commissions, 13ème mois ou rappels versés au participant par l'Adhérent au cours des 12 derniers mois civils précédant la date du décès ou de l'arrêt de travail, limité aux tranches A, B et C.

Lorsqu'il est fait référence au salaire de référence net, celui-ci correspond au salaire de référence défini ci-dessus déduction faite de toutes charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Par ailleurs, le salaire annuel de référence est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

DÉFINITION DES TRANCHES DE RÉMUNÉRATION

La rémunération de base se décompose en tranches :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois celui-ci.

REVALORISATION DE LA RÉMUNÉRATION DE BASE

Lorsque le décès survient après une période d'incapacité de travail ou d'invalidité, le salaire annuel de référence est revalorisé en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale depuis la date d'arrêt de travail.

Pour les invalides exerçant une activité ou percevant une rémunération de substitution, le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente d'invalidité est revalorisé en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale depuis la date de l'arrêt de travail.

VOS GARANTIES

DÉCÈS DU PARTICIPANT

DÉCÈS DU PARTICIPANT AVANT CELUI DU CONJOINT

Décès « toutes Causes »

Le montant du capital est défini par application des taux figurant dans la présente notice d'information, à la Base de calcul des prestations définie ci-avant. Il est dépendant de la situation de famille.

Décès « par accident du travail ou maladie professionnelle »

En cas de décès, avant la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, des suites directes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, reconnus comme tels par la Sécurité sociale, survenu dans les douze mois, il est versé un capital supplémentaire dont le montant fixé en pourcentage du capital Décès « Toutes Causes » est précisé dans la présente notice.

DÉCÈS DU CONJOINT

DOUBLE EFFET CONJOINT

Si le conjoint non divorcé ou non séparé de corps judiciairement (ou le partenaire lié par un PACS non dissout ou le concubin non séparé) décède après le participant et avant la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale en ayant encore un ou plusieurs enfants à charge issus de leur mariage, de leur PACS ou de leur concubinage, il est versé à ces enfants, par part égales, un second capital dont le montant est fixé au tableau des garanties.

Ce capital leur est également versé en cas de décès simultané du participant et de son conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) provenant d'une même cause accidentelle indépendante de leur volonté et survenant l'un et l'autre dans les 48 heures qui suivent le fait accidentel.

Seuls les enfants issus du participant et du conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) décédés, à charge au jour du décès, sont pris en compte pour le calcul du montant de ce deuxième capital.

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE « TOUTES CAUSES »

Vous êtes considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsqu'il est prouvé que vous êtes, de façon irréversible dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Si vous êtes atteint avant la date de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires,

d'une invalidité absolue et définitive reconnue par l'Institution, il peut vous être versé par anticipation le capital prévu en cas de décès « toutes causes ».

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE « PAR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE »

En cas d'invalidité absolue et définitive des suites directes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, reconnus comme tels par la Sécurité sociale, survenu dans les douze mois, il peut vous être versé par anticipation le capital supplémentaire prévu en cas de décès « par accident du travail ou maladie professionnelle ».

PREUVE DE L'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

En tout état de cause, la demande doit être formulée avant la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

La preuve de l'invalidité absolue et définitive incombe au participant qui est tenu d'en faire la déclaration par un rapport médical détaillé indiquant notamment l'origine de la maladie, son évolution et les causes qui ont provoqué l'état d'invalidité absolue et définitive.

L'Institution se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre le participant à toute expertise médicale qu'elle jugerait utile pour apprécier l'état d'invalidité ou pour contrôler cet état.

L'assurance en cas de décès du participant prend fin à la date du versement par anticipation du capital décès.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE COMPLÈTE DE TRAVAIL (SI L'ENTREPRISE A RETENU L'OPTION 2)

Vous êtes considéré en "incapacité temporaire complète de travail" si vous vous trouvez dans l'incapacité physique totale, constatée médicalement, d'exercer votre activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident et donnant lieu au versement de prestations par la Sécurité sociale.

LES PRESTATIONS :

L'Institution verse au participant ayant une ancienneté minimum d'un an dans l'Étude des indemnités journalières définies dans la présente notice d'information en complément des garanties de maintien de salaire partiel prévues au titre de la convention collective de travail ou des dispositions légales ou réglementaires en vigueur chez l'Adhérent.

Les prestations prévues sont attribuées à partir du jour où l'employeur n'est plus tenu, en vertu de la convention collective ou des dispositions légales ou réglementaires applicables à l'entreprise, de verser au participant le montant intégral de sa rémunération et au plus tôt à compter du premier jour qui suit l'expiration du délai de franchise.

Pour déterminer l'ouverture du droit aux prestations, les périodes d'incapacité temporaire complète de travail sont cumulées pendant l'exercice civil à compter de la première incapacité. Il n'est tenu compte que des périodes d'incapacité postérieures à la date d'affiliation.

Si, à la suite d'une période d'incapacité temporaire complète de travail indemnisée par l'Institution, le participant vient à reprendre, dans l'entreprise adhérente à l'Institution, une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par la Sécurité sociale d'indemnités journalières

ainsi qu'à une rémunération réduite au moins égale à 50 %, les indemnités sont calculées de manière à compléter les indemnités de la Sécurité sociale et la rémunération réduite versée par l'employeur à concurrence de la rémunération pleine qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet..

MONTANT :

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant dans la présente notice, au salaire de référence sous déduction :

- des prestations de la Sécurité sociale,
- des prestations versées au titre du régime conventionnel des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires souscrit par votre entreprise auprès d'Humanis Prévoyance,
- de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de la Convention Collective,

et dans la limite de la règle de cumul visée ci-après.

RECHUTE :

La franchise (ou délai de carence) n'est pas appliquée en cas de rechute reconnue par la Sécurité sociale et si l'arrêt de travail :

- est dû à la réapparition de l'affection ayant donné lieu à une indemnisation par l'Institution,
- intervient moins de 60 jours après la reprise de travail.

Les prestations sont versées dès le 1er jour d'arrêt de travail ouvrant droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Si la rechute, à l'origine de ce nouvel arrêt, survient après la résiliation de l'adhésion à l'Institution, elle ne donne pas lieu à indemnisation par l'Institution.

VERSEMENT DES INDEMNITÉS :

Le paiement des indemnités journalières est effectué mensuellement par l'Institution à l'Adhérent ou directement au participant si celui-ci n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise.

INVALIDITÉ PERMANENTE (SI L'ENTREPRISE A RETENU L'OPTION 2)

Vous êtes considéré en "invalidité permanente" si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous vous trouvez dans l'impossibilité physique, totale ou partielle, reconnue par l'Institution ou par la Sécurité sociale, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession similaire vous procurant une rémunération équivalente, et au plus tard le 1 095ème jour suivant votre arrêt de travail.

L'Institution complète la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale au titre de l'une des catégories définies ci-après et la rente d'invalidité versée par l'Institution au titre du régime conventionnel des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires souscrit par votre employeur auprès d'Humanis Prévoyance.

DÉFINITION DES CATÉGORIES

1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,

2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,

3ème catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

LES PRESTATIONS :

HORS ACCIDENT DE TRAVAIL ET HORS MALADIE PROFESSIONNELLE

Le montant des prestations versées par l'Institution est déterminé dans la présente notice d'information.

SUITE À ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Si, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le taux de l'incapacité permanente est supérieur ou égal à 33 %, l'Institution verse des prestations déterminées, dans la présente notice d'information.

CAS DES INVALIDES EXERÇANT UNE ACTIVITÉ OU PERÇEVANT UNE RÉMUNÉRATION DE SUBSTITUTION

Si vous exercez une activité rémunérée ou si vous êtes indemnisé par le Pôle Emploi, tout en percevant une rente d'invalidité de la Sécurité sociale, la rente calculée selon les dispositions indiquées ci-dessus, est limitée de manière à ce que le total des rentes de l'Institution et de la Sécurité sociale et de la rémunération ne puisse excéder la rémunération de base qui existait à la date de l'arrêt de travail, revalorisée comme précisé au paragraphe Revalorisation de la rémunération de base.

VERSEMENT DE LA RENTE :

Le paiement de la rente est effectué par l'Institution directement au participant, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité du participant et l'échéance trimestrielle suivante.

RÈGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ TEMPORAIRE – INVALIDITÉ PERMANENTE

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, l'Institution ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'Assurance Chômage), ne peut excéder le salaire net que le participant aurait perçu en activité.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution, pourra être réduite en conséquence.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

REVALORISATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET DES RENTES D'INVALIDITÉ

Les indemnités journalières et les rentes d'invalidité sont revalorisées au 1er janvier de chaque année selon le même pourcentage d'augmentation que celui du plafond de la Sécurité sociale.

Les prestations en cours de paiement, dont le fait générateur est survenu antérieurement à la date du 1er janvier sont revalorisées au premier versement des prestations du premier trimestre.

Il n'est pas procédé à de nouvelles revalorisations à compter de la date de résiliation du contrat d'adhésion de votre entreprise.

MAINTIEN DES PRESTATIONS

En cas de résiliation du contrat de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due avant la résiliation de ce contrat d'adhésion.

CESSATION DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières d'incapacité temporaire complète de travail cessent d'être versées notamment :

- à la reprise du travail,
- dès que le participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale et en tout état de cause au 1 095ème jour d'arrêt de travail,
- au paiement de la rente d'invalidité,
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf si la Sécurité Sociale attribue des indemnités journalières postérieurement à la liquidation de la pension vieillesse,
- suite au contrôle de votre état de santé, dans le cadre des dispositions indiquées au chapitre "Contrôle et Expertise".

Le versement de la rente d'invalidité cesse :

- Lors du retour de validité du participant, ou lorsque prend fin le service de la rente de la Sécurité sociale,
- suite au contrôle de l'état de santé du participant, conformément aux dispositions « Contrôle-Expertise » définies dans la présente notice d'information,
- à la date où le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33 %,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

Lorsque votre contrat de travail est suspendu en cas de congé non rémunéré, à l'exception du congé maternité et du congé paternité, entraînant l'absence de versement des cotisations, les garanties sont suspendues.

Sous réserve des dispositions prévues au titre « Maintien des garanties », les garanties cessent :

- à la date de rupture de votre contrat de travail,
- à la date à laquelle vous n'appartenez plus à l'une des catégories couvertes par le régime de votre entreprise,
- à la date de résiliation du contrat et/ou du régime conventionnel des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires souscrit par votre employeur auprès d'Humanis Prévoyance,
- à la date de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

MAINTIEN DES GARANTIES

MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS AUX PARTICIPANTS EN CONGÉ PARENTAL

Le participant en congé parental peut demander à continuer de bénéficier des garanties décès pendant toute la durée du congé.

La date d'effet de l'adhésion est obligatoirement fixée à la date de début du congé du participant ; les cotisations sont dues à compter de cette même date et sont intégralement à la charge des intéressés.

Ce maintien cessera en tout état de cause au terme dudit congé.

MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée d'incapacité complète de travail ouvrant droit aux indemnités journalières ou rente d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles tant que vous justifiez de cet état auprès de l'Institution.

MAINTIEN DES GARANTIES A.N.I.

L'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) du 11 janvier 2008 en son article 14 et son avenant n°3 du 18 mai 2009 prévoient que les participants dont le contrat de travail cesse (**à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde**), et qui ouvre droit à indemnisation par l'assurance chômage, peuvent bénéficier du maintien des garanties de protection sociale complémentaires auxquelles ils étaient affiliés, avant la date de cessation du contrat de travail.

Vous êtes concerné par ce dispositif de maintien si vous remplissez l'ensemble des conditions suivantes :

- rupture ou cessation de votre contrat de travail, **à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde**,
- affiliation au(x) contrat(s) de protection sociale complémentaire (prévoyance, santé...) mis en place par votre ancien employeur, au titre du (des)quel(s) vous avez acquis des droits ;
- affiliation et indemnisation au titre du régime d'assurance chômage ;
- absence de refus express du bénéfice de ce maintien, dans le délai maximum de 10 jours suivant la cessation du contrat de travail.

NATURE DES GARANTIES RETENUES

Sont maintenues, l'ensemble des garanties dont vous avez bénéficié en tant que salarié dans l'entreprise. En cas de modification du régime de votre ancien employeur, pendant la période de maintien des garanties, celles-ci connaîtront la même évolution.

PRESTATIONS

Les prestations sont celles du régime d'activité. Cependant, en cas d'incapacité temporaire de travail pendant la période de portabilité, les prestations versées par l'Institution, au terme des délais de franchise prévus par le régime d'activité, complétées de celles versées par l'Assurance maladie, **ne peuvent donner lieu à une indemnisation supérieure au montant de l'allocation chômage**.

Le versement des prestations correspondant à l'obligation de maintien de salaire incombant à l'employeur au titre de son obligation légale ou conventionnelle de mensualisation, n'entre pas dans le champ d'application de la portabilité des droits.

Cependant, en cas de délai de carence exprimé en "relais convention", les indemnités journalières complémentaires de l'Institution, seront versées après un délai correspondant à la reconstitution de l'obligation conventionnelle de l'entreprise.

DATE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN

Le maintien des garanties prend effet dès la date de cessation de votre contrat de travail, et pour une durée égale à celle de votre dernier contrat de travail, prise en compte en mois entier, **sans pouvoir excéder 9 mois**.

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de reprise d'une activité professionnelle et/ou d'arrêt de l'indemnisation par l'assurance chômage ;
- en cas de non production auprès de votre ancien employeur des documents justificatifs de votre affiliation et de votre indemnisation par l'assurance chômage ;
- au terme de la durée de maintien qui vous a été notifiée lors de la cessation de votre contrat de travail par votre ancien employeur ;

L'Institution se réserve le droit, avant tout versement de prestation, de demander les justificatifs d'affiliation à l'assurance chômage et de perception des indemnités de chômage. En cas de constatation d'absence ou de perte de la qualité de ressortissant de l'assurance chômage, l'Institution sera fondée à refuser le versement de la prestation demandée ou à en demander le remboursement si des prestations ont déjà été versées.

FINANCEMENT

La portabilité des droits est financée par l'employeur et les salariés actifs par un système de mutualisation. Les cotisations du contrat tiennent compte de ce financement. Aucune cotisation supplémentaire n'est due par le participant entrant dans le dispositif de la portabilité des droits.

EXCLUSIONS

AU TITRE DES GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE :

- décès ou invalidité absolue et définitive consécutifs à des faits de guerre mettant en cause l'État français,
- décès ou invalidité absolue et définitive en cas de déplacement ou de séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires Étrangères,
- suicide intervenu au cours de la première année d'affiliation, de date à date, à un régime de prévoyance collective à caractère obligatoire.

Par ailleurs sont exclus des garanties "Décès ou Invalidité Absolue et Définitive par accident" les situations ou les faits suivants :

- suicide du participant,
- tentative de suicide ou mutilation volontaire en cas d'invalidité absolue et définitive du participant,
- tremblement de terre,
- quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, mouvements populaires, guerres civiles ou étrangères, émeutes, rixes dans lesquels le participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel),
- accident de navigation aérienne lorsque le participant se trouve à bord d'un avion non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote dont le brevet ou la licence est périmé, ce pilote pouvant être le participant lui-même,
- participation du participant à des concours de vitesse, courses, matches, paris (y compris en cas de compétitions sportives d'amateurs).
- accident survenu sous l'emprise de boissons alcoolisées attestées par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident,

- accident survenu sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors de prescriptions médicales.

AU TITRE DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Sont exclues des garanties, les conséquences :

- de tentatives de suicide et de mutilation volontaire,
- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de rixes, dans lesquels le participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel),
- de concours de vitesse, courses, matches, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?

DÉCÈS DU PARTICIPANT

Les documents suivants doivent être produits :

- extrait d'acte de décès,
- certificat médical post mortem constatant la nature du décès, en cas d'affiliation de moins d'un an ou en cas d'accident,
- toutes pièces permettant d'établir de manière officielle la situation et les charges de famille au moment du décès (notamment, extrait d'acte de naissance, photocopie intégrale du livret de famille mis à jour par la mairie, document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du Tribunal d'Instance,...)

et toutes autres pièces nécessaires au règlement.

En cas de décès par accident, il appartient aux bénéficiaires d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès.

DÉCÈS DU CONJOINT OU D'UN ENFANT À CHARGE

Les documents suivants doivent être produits :

- extrait d'acte de décès,
- toutes pièces permettant d'établir de manière officielle la situation et les charges de famille au moment du décès (notamment, extrait d'acte de naissance, photocopie intégrale du livret de famille mis à jour par la mairie, document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du Tribunal d'Instance,...).

et toutes autres pièces nécessaires au règlement.

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Sous peine de déchéance, les pièces suivantes doivent être envoyées dans les meilleurs délais par toute personne diligente :

- demande de versement du capital décès par anticipation,
- notification de la rente d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou notification de la rente accident du travail ou maladie professionnelle

(impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie),

- rapport médical très détaillé et circonstancié indiquant notamment l'origine, l'évolution et établissant le caractère irréversible de l'état d'invalidité absolue et définitive.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE COMPLÈTE DE TRAVAIL

La déclaration doit être faite à HUMANIS Prévoyance par votre employeur dans les 15 jours suivant la fin du délai de carence ou la fin des droits conventionnels permettant le maintien du salaire dans son intégralité, accompagnée des documents suivants :

- certificat médical prescrivant l'arrêt de travail (arrêt initial, prolongation),
- attestation de paiement d'indemnisation journalière de la Sécurité sociale,
- document de la Sécurité sociale certifiant l'affection, en cas de rechute.

Suite à cette déclaration, l'Institution vous adresse un questionnaire médical que vous devez faire remplir par votre médecin traitant et retourner sans délai au médecin-conseil de l'Institution.

Dans le cas où vous ne retournez pas votre questionnaire médical, l'Institution, après vous avoir adressé une lettre de rappel, cesse de verser les prestations aussi longtemps que le questionnaire médical n'est pas retourné.

En cas de reprise du travail, la déclaration de reprise de travail doit également être transmise par votre employeur à Humanis Prévoyance.

Toute maladie, toute maternité ou tout accident, non déclaré dans le délai de 2 mois suivant la fin du délai de carence ou la fin des droits conventionnels permettant le maintien de salaire dans son intégralité, est considéré comme s'étant produit au jour de la réception par l'Institution du questionnaire médical rempli par le médecin traitant.

INVALIDITÉ PERMANENTE

Pour obtenir de l'Institution le paiement des rentes d'invalidité, il vous appartient de faire parvenir à l'Institution les documents suivants :

- certificat médical constatant l'état de santé,
- notification d'attribution par la Sécurité sociale de la rente d'invalidité 1ère, 2ème ou 3ème catégorie,
- notification d'attribution par la Sécurité sociale d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- ou, le cas échéant, toutes autres pièces qui vous seront demandées par l'Institution.

Ces documents sont à adresser à :

Humanis
Service Décès - Arrêt de travail
45 777 Saran Cedex

 (appel non surtaxé)

Fax : 01 58 82 40 33

DÉLAIS DE DÉCLARATION ET PRESCRIPTION

DÉLAIS DE DÉCLARATION

Le décès doit être déclaré à l'Institution (sauf cas de force majeure dont la preuve doit être apportée par le demandeur de la prestation) dans les douze mois suivant la date du décès.

L'arrêt de travail doit être déclaré dans les deux mois suivant la fin du délai de carence.

PRESCRIPTION

Toutes les actions en justice dérivant de la couverture décès sont prescrites 10 ans après l'évènement qui y donne naissance, lorsque le participant n'est pas le bénéficiaire. Dans le cas contraire, la prescription est limitée à 2 ans.

Toutes les actions en justice dérivant de la couverture incapacité sont prescrites 5 ans après l'évènement qui y donne naissance.

Toutes les actions en justice dérivant de la couverture invalidité sont prescrites 2 ans après l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ces délais ne courent :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- que du jour où l'intéressé en a eu connaissance s'il prouve qu'il a ignoré l'évènement jusque-là.

CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE

A toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie du participant, l'Institution se réserve le droit de procéder au contrôle de votre état de santé et des soins engagés.

Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'Institution sont effectués par des médecins agréés par elle, ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins conseils experts.

L'Institution ne vous verse pas les prestations :

- lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de votre arrêt de travail ou de votre invalidité,
- lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder à votre domicile, soit en raison de votre absence en dehors des heures de sorties autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu,
- ou lorsque vous ne vous êtes pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin conseil choisi par l'Institution, ou si vous avez refusé de vous soumettre à ce contrôle.

A ce titre, l'Institution cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle elle vous en informe.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et le médecin de l'Institution, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'institution et le participant concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'Institution peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par l'Institution entrainera pour vous la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle l'Institution vous informera du constat de son refus.

RÉCLAMATIONS – RÈGLEMENT DES LITIGES

L'institution met à la disposition de l'entreprise et des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance

Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45 777 SARAN Cedex

 N° Cristal 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

APPEL NON SURTAXÉ

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

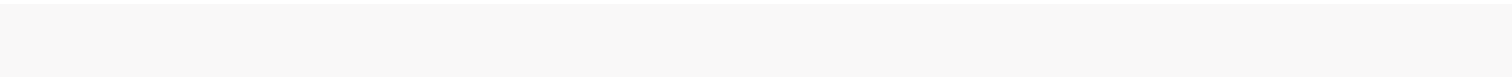
Médiateur du CTIP

10 rue Cambacérés - 75008 PARIS

Tél : 01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.





internet :

accord-de-branche.humanis.com